

терапия является активным и довольно эффективным методом лечения при климактерических расстройствах, истощении нервной системы, начальной форме церебросклероза и вегетопатиях.

Лизатотерапия оказывает прежде всего общестимулирующее и тонизирующее действие на организм.

Действие лизатов на организм, надо полагать, является комплексным, состоит из действия гормонов, высоко- и низкомолекулярных продуктов белкового распада, липондов, солей и осуществляется по всей вероятности через вегетативную нервную систему.

При истощении нервной системы лизатотерапия может быть применена наравне с медикаментозным лечением и физиотерапией.

Из Института экспериментальной эндокринологии НКЗдрава (директор заслуженный деятель науки проф. Н. А. Шерешевский).

Лизатотерапия при кожных болезнях.

А. В. Устиновский.

Метод лечения лизатами, продуктами расщепления белка или „физиологическим лекарством“, как его называют, получил всеобщее признание. Нет в настоящее время ни одной группы больных, на которых бы не испытывалось терапевтическое действие лизатов, урогравидана и гормональных препаратов.

Прежде чем перейти к обзору кожных болезней, наблюдавшихся в клинике и поликлинике Ин-та, изложу те общие положения, которых мы в настоящее время придерживаемся. Во-первых, мы отказались от применения лизатов при острых воспалительных дерматозах, ибо, усиливая кровонаполнение периферической сети капилляров, они увеличивают секрецию эпидермальных клеток и тем поддерживают воспалительный процесс. Здесь мы расходимся с мнением проф. Кричевского („Лизаты и лизатотерапия“, Харьков, стр. 216), у которого „наиболее демонстративные результаты от лизатотерапии получены у б-ных с острыми обостренными генерализованными формами псориаза“. Работникам Ин-та памятен случай с б-ным Т., у которого лизаты, назначенные в стадии острого высыпания псориазических бляшек, неизменно, с каждой инъекцией, усиливали болезненный процесс, перешедший в распространенную эритродермию, купированную энергичным применением десенсибилизирующих средств. Это же положение поддерживает и проф. Мещерский в своем докладе на съезде эндокринологов (март 1935 г.). Напротив, инвентаризованные дерматозы, где необходим усиленный приток крови к имбибированным лимфоидными элементами участкам кожи, хорошо поддаются действию лизатов.

Лизаты применимы там, где рентгенотерапия, по тем или иным соображениям, противопоказана.

За последние два года (1934—1935 гг.) через лизатный инъек-

сионный кабинет Ин-та прошло 1686 б-ных, из них с заболеваниями кожи было 178. Наибольшую группу из них составляют псориазики (19), в большинстве испробовавшие, до поступления в И-т, все виды медикаментозного и курортного лечения. Среди лизатов, примененных при псориазе, видную роль, по нашим наблюдениям, в большинстве случаев играл тимоллизат, возможно вследствие его биологического свойства вызывать свертываемость крови. Важно указание на то обстоятельство, что до применения органотерапии псориаза ряд авторов (Schneider, Schreus, Herxheimer, Werther, Buschke и. Curth, Brunsgaard, Jamieson etc.), подвергая рентгеновскому облучению область вилочковой железы, наблюдали улучшение, хорошие результаты и полное излечение рефрактных случаев псориаза. В случаях псориаза у б-ных с явной гипофункцией щитовидной железы назначались тиреоллизат или тиреокрин, дававшие часто такой эффект, какой не наблюдался ни при каком другом методе лечения (наблюдение проф. Шершевского), а в случаях с гиперфункцией железы назначался паратиреокрин. Венгерский дерматолог Pulaу настойчиво рекомендует в случаях псориаза с гиперфункцией щитовидной железы облучение рентгеном *gl. thymus*.

В практике нередки случаи, когда псориаз исчезает во время тифа, во время беременности и т. д.; у одного пациента, страдающего псориазом в течение 40 лет, во время приступа малярии, когда он принимал хинин, псориаз исчез и в течение 2 лет не был, но рецидивировал снова после нервного потрясения.

Общепризнано теперь и то, что нервная система играет громадную роль в возникновении псориаза, почему при нем показаны лизаты, стимулирующие и кожу и нервную систему, тем более, что кожа и нервная система развиваются из одного зародышевого листка—из эктодермы.

Разительным примером такого воздействия лизатов служит б-ная Б., 32 л. (ист. б-ни № 10413) невропатической конституции, страдающая псориазом в течение 10 лет, испробовавшая все виды медикаментозного лечения и несколько раз побывавшая на курортах (4 раза в Мацесте и 2 раза в Пятигорске). Явилась в Ин-т с явлениями псориаза, захватившими весь кожный покров „закована как в панцырь“. После 20 инъекций оварло-тимокортиколизатов по 1 куб. см ежедневно, кожа всюду очистилась, „как никогда“ по выражению пациентки. После 35 инъекций бляшки всюду рассосались. Кроме хвойных ванн б-ная никаким медикаментозным лечением не пользовалась. 7 месяцев она была „счастлива“. После пережитого на службе нервного потрясения псориаз рецидивировал, но в очень небольшом количестве бляшек на локтях и коленях. При втором посещении ин-та б-ная настаивала на продолжении лечения только лизатами и ничего другого не хотела делать.

Относительно наружного применения лизатов в виде мазей нельзя ничего сказать, хотя имеется указание (D. m. W., 1925, № 30), что наружное применение *Pancreas salbe* дало исчезновение псориаза.

2. Вторую группу составляют б-ные (17 сл.) с распространенными пруригинозного типа экземами, при которых лизатотерапия, как подсобный метод лечения, улучшающий обмен веществ и увеличивающий окислительно-восстановительные функции кожи, оказал хорошие результаты.

Примеры: 1. Б-ной С., 28 л. (ист. б-ни № 5576), с хронической, универсальной экземой, существующей 8 лет. Лизаты: кутулизат, оварио, миоль по 1 куб. см ежедневно. Резкое улучшение.

2. К., 32 л. (6765), с хронической экземой в сгибах рук, в подколенных впадинах, вокруг рта инфильтрации, болезненные трещины; малокровный. Лизаты: кутулизат, миоль по 1 куб. см ежедневно. Через 5 инъекций значительное улучшение. После 15 инъекций инфильтрат вокруг рта, в сгибах рассосался; б-ной доволен. После 37 инъекций все тело чистое.

3. В., 45 л. *Eczema pustulifera e praesitaxhe*. Назначены овариолизат плюс пролактин по 1 куб. см ежедневно. После 10 инъекций значительное улучшение. После 30 инъекций поражение кожи исчезло.

4. Е., 7 л. *Eczema chr. universale et hyperthyreosis*. Назначены кутулизат и паратиреолизат. После 30 инъекций все явления исчезли; через 2 месяца рецидив, быстро уступивший лизатам: оварио и корковый слой надпочечника по 0,25 г ежедневно.

5. Р., № 10501. Хроническая экзема рук в течение 3-лет. После 20 инъекций оварио-и гепатолизата процесс улучшился настолько, что больная перестала носить перчатки, которые она не снимала в последние годы.

Наиболее ценным эффектом лизатотерапии при экземах пруригинозного или уртикарного характера, помимо бодрящего общего влияния, является уменьшение зуда, подчас весьма тягостного, а это ведет в свою очередь к уменьшению травматизации и загрязнения экзематозных бляшек и намечается дальнейшее рассасывание инфильтрата. В тех случаях экземы пруригинозного характера, где лизатотерапия не дала эффекта или дала небольшой сдвиг болезненного процесса, желательнее последующее курортное лечение.

6. Склеродермия и акросклероз 5 случаев. Из них 2 находятся под наблюдением Ин-та—одна 3 года и вторая 2 года. Здесь эффект лизатотерапии настолько значителен, настолько улучшилось казавшееся безнадежным состояние б-ных, что, помимо исчезновения тягостных клинических явлений, примененный метод лечения возвратил им работоспособность—обе в настоящее время работают на предприятиях. Приведу кратко истории их болезни.

№ 280. Б., 38 л. Клинический диагноз при поступлении: склеродермия и склеродактилия. В ноябре 1930 г., после нервного потрясения, лежала 2 месяца в клинике проф. Маньковского (Киев) с явлениями истерического паралича, сопровождавшегося отеком конечностей и лица. Отек губ был настолько значителен, что препятствовал раскрытию рта. Чувствительность кожи понижена. Наблюдалось выпадение волос. Исхудание и истощение настолько развились, что б-ную переносили на носилках. К концу пребывания в клинике развились явления акросклероза. Б-ная переведена в Москву в Эндокринологический ин-т.

St. praes.: При поступлении в ин-т у б-ной обнаружено: резкая слабость рук и ног—не может ходить, тулоподвижность суставов и позвоночника, не в состоянии нагнуться, присесть, заложить руки за спину, выпрямить их до уровня плеч. Отечное состояние лица, губ, суставов. Кожа на ногах пигментирована в буро-коричневый оттенок, втянута, блестяща, лицо маскообразное, мимики нет. Вес при поступлении 50 кг. Шитовидная железа слабо выражена. Основной обмен +7. Кровяное давление 115/90. Кровь: Hb 63%, цветн. показ. 0,85, эритроц. 3760000, лейкоц. 7500. Сахар 93 мг, холестерин 230 мг, мочевая кислота 2,72 мг, Ca 11 мг, PO₄ 5 мм в 1 ч. Пульс 90—100 в мин. Назначена лизатотерапия: гип. А 1,0, корковый и медуллярный слои надпочечника по 0,5, овариолизат 1,0—2,0, тиреолизат 0,5—1,0. 30 инъекций в соединении с тепловыми процедурами. Под влиянием такой терапии—пигментация во многих местах побледнела, уплотнение кожи настолько улучшилось, что восстановились движения, б-ная самостоятельно

стала ходить, прибавилась в весе на 2,5 кг и значительно пострежала. В дальнейшем прибавлен миоль от 2,0 до 5,0 через день и панкреокрин внутрь по $\frac{1}{2}$ ч. лож. 3 раза в день. Периодически проводимая лизатотерапия возвратила б-ной работоспособность и приостановила развитие этого болезненного процесса, так трудно поддающегося нашему воздействию.

№ 3265, Б-ная Ш., Б. Л., 21 года. Диагноз: Sclerodermia, hypoplasia uteri, hyroovariismus.

С раннего детства отмечено похолодание рук и ног. С 7 лет припухание пальцев рук и изъявление кожи с гнойный отделяемым. С летними улучшениями процесс длился до 14 лет, когда появились менструации и наступило некоторое улучшение. Начало развития настоящего заболевания относится к 1930 году, когда, работая плетельщицей корзин в холодном помещении, заметила, что один из пальцев стал совершенно бледным, в течение 2—3-х недель остальные пальцы побледнели и движение их стало ограниченным. Пришлось бросить работу. Близкие стали замечать бледность лица, скованность в движениях рук и ног, развилась резкая болезненность в суставах рук и ног и в шейной части позвоночника; лицо приняло маскообразный вид. В это же время резко ухудшилась менструальная деятельность: скудные выделения появлялись через 2—3 месяца. В 1932 году с резкими явлениями скованности в движениях, сильным цианозом рук и ног, с оплотневшей кожей лица и туловища б-ная поступила в Ин-т. При поступлении основной обмен—7. Кровь: Hb 49%, цветной показатель 0,7, эритроц. 3650000, лейкоц. 10900, эозинф. 2, сегмент. 67, палочков. 2, лимфоц. 21, моноц. 8%. Явления гипохромии и анизоцитоза. На рентгеновском снимке—концы потевых фаланг узурированы, суставные щели фаланговых сочленений сужены. Больной назначены лизаты: гни. А. 0,5—1,0, овариолизат 1,0—2,0, корковый слой надпочечника 0,5—1,0, кутилизат 1,0—2,0, миоль 1,0—2,0 через день. За 2 месяца б-ная приняла 45 инъекций полилизатов и выпилась с улучшением: движения в суставах стали свободными, исчезли боли и цианоз в конечностях, ослабла тягостная потливость, кожа стала мягче и эластичнее. Кровь после лечения лизатами: гемоглобин 55%, эритроц. 4270000, лейкоц. 4400, эозин. 1, сегмент. 47, палочков. 5, лимф. 36, моноц. 11%. Как я уже упоминал, б-ная находится под наблюдением Ин-та 3 года. Когда чувствует упадок сил и слабость в ногах сейчас же является в Ин-т и просит назначить ей лизаты. Из инвалидов б-ная стала работоспособной и до сего времени работает на предприятии.

Еще более эффектный результат лизатотерапии сказался на б-ной Е. И. В., 30 лет (ист. б-ни 8329), постулавшей в клинику с ограничением подвижности в суставах локтевых, лучезапястных, оплотнением кожи на лице и конечностях и пигментацией ее. Бросается в глаза резкое исхудание. Начало заболеваний б-ная относит к моменту выскабливания проросшего последа (в июле 1932 г.), который был удален под наркозом. После операции в течение месяца продолжалось кровотечение, в результате еще раз удалили 8 кусков последа. Температура в течение недели держалась на высоте 39—40°. После этих двух операций б-ная стала отмечать сухость рук, стянутость, затруднение в сгибании и разгибании, онемение пальцев, похолодание и посинение их. В ноябре 1932 г. явления стали нарастать, руки настолько немеют, что б-ная ничего не могла делать: резкая зябкость ног заставляла б-ную постоянно носить фетровые боты, шерстяные чулки, но несмотря на укутывание ног у нее было ощущение, что ходит по льду. Весною 1933 г. стала замечать потемнение кожи на лице, руках, бедрах, голенях. Резко упала в весе—за год потеряла 24 кило. С явлениями склеродермии и склеродактилии б-ная поступила в Ин-т, где ей назначены панкрео-, овариолизаты по 1,0, корковый слой надпочечника, паратиро- по 0,5, миоль 2,0 и теплые ванны. После 10 инъекций б-ная отмечает значительное улучшение общего самочувствия, прекратились боли в тазобедренных суставах, легче поднимается по лестнице, концы пальцев порозовели, сон, аппетит хорошие. После 20 инъекций кожа на предплечьях стала эластичнее, легче собирается в складки; б-ная свободно с сомкнутыми ногами может с пола поднимать предметы (о чем раньше и не думала), без труда становится на колени. После 38 инъекций у б-ной появились менструации, которых не было 8 месяцев. За время пребывания в клинике в состоянии б-ной достигнуты такие улучшения субъективного и объективного характера, терапевтический эффект настолько велик, что можно смело сказать, что лизаты

несомненно являются ценным вкладом в терапию таких безнадежно тяжелых заболеваний, как склеродермия.

Атрофический акродерматит Герксгеймера или идиопатическая атрофия кожи, по современному воззрению, стоит в связи с идириглияндулярным расстройством и нарушением вегетативной нервной системы, а встречается чаще всего у женщин, подобно склеродермии, имеет отношение к функции половых желез, гипофизу, щитовидной железе, надпочечникам, функция которых понижена, угнетена или атрофирована. По данным ин-та, наибольший эффект при этом дерматозе дает следующий комплекс лизатов: паратирео-, гипофиз А, кути-, корковый слой надпочечника, оварно- или тестолизат и одновременно витамин В. При атрофических дерматозах, когда нужна бывает задержка воды в организме, показан *rituiclin P*, понижающий мочеотделение (Кабанов).

При ихтиозе показаны лизаты, сосудорасширяющие и улучшающие питание кожи: миолизат и корковый слой надпочечника, а также препараты щитовидной железы, половых желез и гипофиза. Р. Драбкина экспериментально доказала, что миолизат вызывает раздражение и стимулирование кроветворной и ретикуло-эндотелиальной систем и в высокомолекулярных фракциях токсическим действием не обладает (Врачебное дело, № 6, 1935). Одновременное применение пилокларпина, активирующего систему вагуса, усиливает действие лизатов.

Acne vulgaris. Гормональные препараты дают здесь хорошие результаты в соединении с местными процедурами. Проф. Лешинский (Краков) дал следующую классификацию угревой сыпи:

а) *Acne sexualis*, связанные б. ч. с регулярным расстройством менструальной деятельности, локализуются чаще на подбородке и на средней части щек. Здесь показаны: *Folliculin*, *Glandefolin*, *Progynon*, диатермия яичников.

б) *Acne intestinalis* поражают чаще грудь и спину, хотя могут развиваться и на лице. Постоянно сопровождаются кишечными расстройствами, наблюдается ощущение внутренностей, бывают агонические, реже спастические запоры, застой, брожение в кишечнике, колит, геморрой. Имеется индиканурия, уробилинурия. Появлению угрей благоприятствует мясная пища, негигиенический, сидячий образ жизни. Показаны препараты желтого тела.

в) *Acne thyrogenes*, когда у пациента имеются явления тиреотоксикоза. Одновременно встречается ацицит и увеличенные бронхиальные железы. При этой разновидности угри встречаются на лице, на груди, спине, часто в стадии нагноения, с абсцессами, рубцами. Лицо сальное, кожа грязноватого оттенка, с кератозом. Вторичная стафилококковая инфекция осложняет заболевание. Пациенты потливы, истеричны. Уместны: пролан, урोगормон.

При фурункулезе инсулин дает такой эффект, какого мы не получали при других способах лечения, даже в тех случаях, когда содержание сахара в крови не повышено.

M. Raunaud—acrophuxia localis symmetrica клинически протекает

в одних случаях как пароксизмальная фаза, в виде местной анемии конечностей с отеком и сине-багровым отеком, в других случаях с развитием гангрены концов пальцев и мучительными болями. Это заболевание рассматривали как язвоторный невроз, но в последнее время ставят в связь с расстройством внутрисекреторного равновесия, гиперфункцией надпочечников и развитием гиперадrenalинемии. Стационарные случаи б-ни Рейно после лечения лизатами: паратирео-, мио-, корковый слой надпочечника, давали резкое улучшение болезни с исчезновением болей в конечностях, появлением чувства теплоты в них и восстановления пульсации тыловой артерии. Состояние б-ных настолько улучшалось, что они возвращались к своей работе, проходя дополнительное лечение амбулаторно.

Крапивница—ангионевроз, когда кожа находится в состоянии повышенной реактивной чувствительности ко всякого рода агентам физико-химической природы, действующим на кожу через вегетативную нервную систему. Встречаясь чаще в соединении с истероневрастенией и дисменореей (у женщин), крапивница поддается действию оварио-, тирео-, гипофиз А, кутилизата. В некоторых случаях ежедневное применение паратиреолизата по 0,5 или паратиреоокрина по 1,0 вело к исчезновению крапивницы.

Пеллагра по современному воззрению (Функ) есть авитаминоз в соединении с аутоинтоксикацией. Несколько (6) случаев пеллагры, находившихся в стационаре Института, протекали благоприятно под влиянием полилизатной терапии во главе с тирео- и овариолизатом у женщин.

Alopecia totalis s. atrichosis—заболевание с невыясненной сущностью процесса до сих пор является для нас *crux medicorum* и предложение американца Bengston лечить его инъекциями питуикрина А 2 раза в неделю, питуикрина Р 1 раз в неделю, а остальные дни принимать внутрь питуикрин Т по 0,5 три раза в день, не дали нам удовлетворительных результатов. В упорных случаях *alopecia areata* лучшее влияние оказывал тиреолизат. При витилиго лизатотерапия не оказала никакого влияния на образование пропигмента и исчезновение пятен, хотя есть литературные указания, что половые и надпочечные препараты здесь уместны. Отдельные случаи дерматозов, как-то: вегетирующий пиодермит, импетигиозная экзема, *rosacea*, *chloasma faciei diffusa* настолько хорошо поддавались лизатотерапии, что оставалось впечатление, что без лизатов нам бы не достигнуть такого эффекта.

Несколько случаев облитерирующего эндартерита, с теми или другими кожными явлениями вторичного характера, под влиянием комплекса лизатов: паратирео-, панкрео-, коркового слоя надпочечников, тесто-и миолизата давали восстановление чувствительности в пальцах, исчезновение судорог в икроножных мышцах, болей в конечностях, увеличивалась способность ходить, самостоятельно передвигаться.

Проблема лизатов весьма многогранна и изучение влияния их при кожных заболеваниях, при которых вегетативная нервная система играет роль основного звена, приводит к выводу, что лизаты призваны сыграть значительную роль, хотя бы уже потому, что они усиливают роль лекарства. При аллергических кожных заболеваниях с преобладанием симпатикотонии благотворно действует следующая комбинация: цитовидная железа, задняя доля гипофиза и медуллярный слой надпочечника, ввиду его умеряющего действия на симпатикус. Внутрь показаны препараты ландыша, в силу их свойства успокаивать симпатическую нервную систему. Дерматозы у ваготоников протекают весьма разнообразно, имея изменчивый припадочный характер. Усиление кожных явлений наблюдается в моменты повышенной возбудимости вагуса, и здесь уместно применение атропина, питуикрина А, тиреоидина.

Наблюдения показывают, что при кожных процессах, где преобладают диссимилиативные процессы (экзема, крапивница) и происходит задержка поваренной соли в организме, применим питуикрин А, увеличивающий выделение мочи и поваренной соли. Более сильно действует адреналин, увеличивающий мышечную работу организма и увеличивающий возбудимость симпатической нервной системы. Тиреоидин также действует мочегонно (цит. по проф. Кабанову).

При назначении лизатов нельзя упускать из виду того обстоятельства, на которое указал на недавнем физиологическом конгрессе проф. Завадовский. Мы имеем в виду противоречивое взаимодействие органов с внутренней секрецией, в силу чего лизаты наряду с возбуждающим действием на одни органы, оказывают тормозящее действие на другие.

Лизаты не обладают свойством вызывать повышение температуры, пирогенное действие их не велико, но явления шока в той или иной степени и мере при них могут наблюдаться, особенно при назначении больших доз.

Дервиц в статье „Новые перспективы и новые пути в дерматологии“ (Труды Свердловского н. и. и-та э. м., 1935) всех кожных больных, подвергавшихся лизато-и гормонотерапии, разделяет на ваго-и симпатикотоников и соответственно лечит ваготоников инъекциями адреналина 1% по 0,5—1 куб. см ежедневно и внутрь дает таблетки тиреоидина по 0,1—2 раза в день, а симпатикотоников—инъекциями инсулина и антитиреоидином по 0,1—2 раза в день.

Такое деление больных—искусственное, ориентировочное и не может служить основанием для назначения той или иной гормонотерапии. Ободряющие результаты, полученные автором у псориафиков-ваготоников от адреналина и тиреоидина, мы видели и у наших больных с амфотерной реакцией при лечении полилизатами. Фармакологические пробы, применяемые для определения состояния вегетативной нервной системы, дают не совсем точные результаты, и клинические наблюдения показывают, что у отдельных индивидуумов мы можем встретиться как с явле-

ниями гипо-и гипертонии вагуса или симпатикуса, так и с явлениями амфогипо-и гипертонии указанных нервов (Eppinger, Hessl, Martinet, Arviet, Dresel). По мнению других авторов (Levandowsky, Kraus), вообще нет антагонизма между системами блуждающего и симпатического нервов, а имеется или амфогипертония, когда усилена деятельность всего эндокринного аппарата, или амфогипотония, когда она ослаблена. Эта точка зрения наиболее ценная и для нас наиболее приемлема при назначении полили-затотерапии.

Доц. Горбовицкий (Лендвиг) к симпатикотоническим средствам относит супраренолизат, заднюю долю гипофиза, лизаты щитовидной и паращитовидной желез, к ваготоническим — оварио-, тесто-, мио-, гепатоллизаты и лизат селезенки. Место введения лизатов, по нашим наблюдениям, не играет никакой роли.

Из базовой консультации для женщин научно-практического комбината ОММ Саратовского горздрава (дир. Е. Н. Трояновская, научный рук. проф. С. А. Селицкий).

К вопросу о дерматозах беременности.

А. В. Емелина.

Влияние беременности на кожу весьма значительно. При гиперфункции всего организма, отдельных систем и органов при беременности изменения наблюдаются и со стороны кожи.

В подавляющем большинстве случаев кожа легко справляется с предъявляемыми к ней повышенными требованиями, иногда же, в силу того, что она может являться *locus minoris resistentiae* или же в силу каких-либо внешних или внутренних факторов, могут наблюдаться те или другие отклонения, которые в последнее время объединены под общим собирательным названием „дерматозы беременности“. Несмотря, однако, на то, что кожа играет исключительную роль при беременности, благодаря ее многообразным функциям и значительному участию в основных процессах во время беременности, акушерами на кожу и ее отклонения не обращается почти никакого внимания как в консультации, так и в стационаре. Об этом можно судить по тому, как мало освещается вопрос о дерматозах беременности в акушерской и в дерматологической литературе.

Описанием наших двух случаев дерматоза беременности мы хотим привлечь внимание акушеров-гинекологов к заболеваниям кожи женщины во время беременности и в отдельные фазы ее жизни (половая зрелость, аномалии овариально-маточного цикла, климактерий, заболевания женской половой сферы).

Формы заболеваний кожи, встречающихся „*e graviditate*“, крайне разнообразны.

Возникать они могут в начале беременности, на всем ее про-

тяжени и, наконец, впервые могут наблюдаться только во время родов или в послеродовом периоде. Говоря о заболеваниях кожи, возникающих впервые в послеродовом периоде, необходимо различать два вида заболеваний — 1) дерматозы, непосредственно приуроченные к пuerперальному периоду, и 2) заболевания кожи вторичного, побочного происхождения.

Из существующих классификаций дерматозов беременности наиболее полной надо признать классификацию Селицкого. Но и сам автор указывает, что, несмотря на обилие отдельных видов, входящих в составленную им классификацию, он рассматривает ее как рабочую схему для построения новой более исчерпывающей классификации.

Среди дерматозов беременности особенно выделяются по своей тяжести два заболевания — „*Impetigo herpetiformis*“ и „*Herpes gestationis*“, трактуемые Wechselmann'ом как большие дерматозы беременности.

Но, как справедливо указывает Селицкий, *Herpes gestationis* не может быть поставлен в одной плоскости с *impetigo herpetiformis*, так как имеющиеся литературные источники указывают на благоприятное течение и прогноз при *Herpes gestationis* и при нем до сих пор не описано еще ни одного смертного случая. При *impetigo herpetiformis* же процент смертности представляется значительным, особенно в тех случаях, когда заболевание повторяется при новой беременности.

В базовой консультации НПК ОММ Саратовского горздрава нами наблюдался случай *Herpes gestationis*, также окончившийся вполне благоприятно.

Случаи *Herpes gestationis* вообще встречаются редко. В доступной нам литературе мы могли найти только четыре случая (Иордана (1923), Селицкого (1928), Зака (1906) и Мензеля (1927)). Следовательно наш случай является пятым.

В 1929 году Селицкий, исходя из тех соображений, что понятие *Herpes gestationis* не охватывает собой полностью всей сущности процесса и даже в относительной степени не характеризует того многообразия поражения кожи, того полиморфизма, который наблюдается при *Herpes gestationis*, предложил новое название „*Herpes polymorphis gravidarum*“ (Гинекология и акушерство, 1929).

Herpes polymorphis gravidarum чаще всего возникает во время беременности, но нередко может наблюдаться впервые только после родов. При новой беременности *Herpes polymorphis gravidarum* часто протекает более тяжело и возникает в более ранние сроки беременности. *Herpes polymorphis gravidarum* начинается с эритематозных пятен, превращаясь в папулы, везикулы и пустулы; заболевание распространяется постепенно, периодическими вспышками и новыми высыпаниями.

На общее состояние процесс обычно не оказывает влияния (если не считать мучительного зуда и сопутствующей бессонницы); иногда может наблюдаться субфебрильная температура.

В расположении сыпи наблюдается почти закономерная симметричность (что вообще характерно для дерматозов беременности).

Кожа может поражаться на конечностях, туловище, лице, ладонях, слизистые же оболочки почти всегда остаются свободными от высыпания.

Помимо симметричности характерными являются сильный, нередко нетерпимый, зуд, особенно усиливающийся по ночам, и бессонница. Прогноз при *Herpes polymorphis gravidarum*, как для матери, так и для плода, почти всегда представляется благоприятным. К прерыванию беременности приходится прибегать редко. В отдельных случаях не исключена возможность и самопроизвольного прерывания беременности.

Перейдем к описанию наших случаев.

Случай 1. В. К., 37 лет, замужняя, домашняя хозяйка, обратилась в базовую консультацию 3 февраля 1936 г. с жалобами на сыпь по всему телу, на конечностях, сильный нетерпимый зуд, особенно по ночам, и на бессонницу. В детстве перенесла корь, в 1934 г.—сыпной тиф.

Менструации начались на 15 году; продолжались по 3—4 дня, безболезненно, неправильно, с задержкой по 2—3 месяца. Последней менструации не помнит. Половая жизнь с 18 лет, женских заболеваний не было. Беременностей было 5. Первая беременность в 1920 г., последующие наступали каждые два года. Течение первых четырех беременностей, родов и послеродовых периодов—N. При пятой беременности (в 1931 г.) появилась зудящая сыпь на коже. После родов сыпь держалась 2 месяца. Тбк, сифилиса нет.

Считает себя больной около четырех месяцев, т. е. с начала четвертого месяца беременности. Перед началом данного заболевания наблюдались небольшое повышение температуры, чувство разбитости, повышенная раздражительность. Сыпь впервые появилась на животе в виде трех небольших пятен красного цвета. Первое высыпание сопровождалось зудом и общим ознобом. На второй день после этого высыпания сыпь распространилась на бедра и располагалась целыми группами, которые впоследствии стали сливаться в очаги. В дальнейшем сыпь стала распространяться по всему телу; распространение ее происходило периодически, вспышками с интервалами в один-два месяца. Нервность, раздражительность больной резко повысилась с усилением зуда. Отправления кишечника, мочеиспускание—норма.

Status praesens. Больная беременна около 8 лунных месяцев. Среднего роста—155 см, правильное телосложения; со стороны костной системы уклонений от N нет. Мускулатура развита умеренно, жировая клетчатка—слабо. Кожа лица бледна, видимые слизистые оболочки тоже бледны и свободны от высыпания. Кожные покровы груди, спины, живота, тыльная поверхность бедер до коленного сустава, та же поверхность плеч и предплечий покрыты полиморфной сыпью. Лицо, голени, кисти рук свободны от высыпания. На бедрах, спине, в центре пятна сливного характера, бледнорозового цвета, на периферии же—самой различной величины и причудливых очертаний, инфильтрированы и резко отграничены от участков кожи, не захваченных заболеванием. На фоне пятен встречаются везикулезные элементы в стадии обратного развития. Элементы эти покрыты серо-гнойными кровянистыми корочками, а большинство участков—чешуйками. На груди до подмышечной впадины и на животе преобладает везикулезная сыпь, расположенная на интенсивно красных уртикарных пятнах, разбросанных изолированно, гнездно и кольцевидно; сыпь в этих местах рельефно выступает над поверхностью кожи. На местах же более ранних высыпаний на спине, на руках высыпания встречаются в изобилии в виде сухих кровянистых корочек со следами расчесов и чешуек. Сыпь сопровождается сильным зудом. В ягодичной области с правой стороны следы пролежней. Со стороны внутренних органов уклонений от нормы нет. Кровяное давление по R/R—100/75, температура—N; вес 63 кило. RW—отрицательная.

Общий анализ крови: Нб—62⁰/₀, цветной показатель 0,86, эритроцитов—3610000, лейкоцитов—6000. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов—65⁰/₀, эозинофилов—14⁰/₀, лимфоцитов—19⁰/₀, моноцитов—2⁰/₀.

Диагноз: herpes gestationis или, по предложению проф. Селицкого,—Herpes polymorphis gravidarum.

До прихода в консультацию больная лечилась стационарно в клинике кожных болезней около двух месяцев (аутогемотерапия).

Примененная нами терапия: 13. II. 1936 г. температура—N. Введено интрамускулярно 18 см³ N—serum лошади.

14. II. температура—N. Реакции на введение serum не отмечается. Элементы на всех участках стали интенсивно красными, отечными. Зуд усилился.

15. II. Зуд сильнее. Побледнение сыпи, особенно на животе. Новых элементов нет. 2-я инъекция N—serum лошади интрамускулярно 20 см³.

17. II. Зуд меньше. На всех пораженных участках краснота и отечность элементов сыпи резко уменьшились, особенно на нижних конечностях, 3-я инъекция. Введено интрамускулярно 20 см³ нормальной лошадиной сыворотки.

19. II. Температура—N. Сыпь в том же состоянии. Зуд значительно слабее. Самочувствие больной улучшилось. Введение serum не сопровождалось ни общей, ни местной реакцией.

23. II. Моча без изменений. Кровь: эритроцитов 4010100, лейкоцитов 6000, нейтрофилов: п.—0,5⁰/₀, с.—59⁰/₀, эозинофилов—2⁰/₀, лимфоцитов—36⁰/₀, моноцитов—2,5⁰/₀.

26. II. Зуд значительно меньше. Расчесов на груди нет. Высыпания местами, в особенности на животе, побледнели и меньше выступают над поверхностью кожи, находятся как бы в стадии обратного развития. Местами на верхних конечностях и на верхней поверхности грудных желез покраснение. На тыльной части рук появились новые высыпания в количестве 3—4 пятен, по словам больной, побледневшие за последние 2 дня. Вес—64,5 кг.

29. II. Значительное улучшение. Элементы на животе и груди побледнели, местами сыпь совсем исчезла. На спине небольшие расчесы. Общее состояние удовлетворительное. Аппетит и сон хорошие. Зуда нет.

11. III. Преждевременные роды, ребенок живой, вес—2200 г.

Случай 2-й (больная прислана на консультацию из Аткарска д-ром Г. В. Котельниковым).

С. А., 35 лет, преподавательница. Жалобы на зудящую сыпь на теле, особенно на нижних конечностях. Высыпание появилось впервые на 5-м месяце беременности (с 15 мая 1936 г.). Раньше никакими кожными болезнями не болела. Менструации—с 16 лет, в норме. Последняя—21. XI 1935 г.

Беременность—третья. Первая беременность закончилась срочными родами. Вторая—искусственным абортom (1935 г.). Течение беременности и послеродового периода—N. Никогда ничем не болела.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, пикничка. Внутренние органы—N. Оба предплечья, грудные железы, нижние конечности (в области бедер), паховые складки покрыты сыпью эритематозного, папулезного и везикулезного характера. Отмечаются следы расчесов и пигментные пятна. Сыпь распространялась вспышками, расположена симметрично, сильно зудит, в особенности по ночам. Больной себя считает 2 месяца. Отправления кишечника и мочеиспускание—N. Вес—57100 г. R/R—115/70. Беременность—7 месяцев. Моча—N. Кровь: Нб—74⁰/₀, эритроцитов—4470000, цветной показатель 0,84, лейкоцитов—5600. Лейкоцитарная формула по Schilling'y—эозинофилов 3⁰/₀, нейтрофилов: юных 1⁰/₀, палочк. 15⁰/₀, сегм. 54⁰/₀; лимфоцитов 25⁰/₀, моноцитов—2⁰/₀.

Диагноз: Dermatitis toxica symmetrica gravidarum.

28. VI. 1936 г. Введено интрамускулярно 12 см³ N—serum лошади.

30. VI. Боль в месте укола держалась около суток. Сыпь в ягодичной области и на нижних конечностях стала интенсивно красной, отечной; с внутренней стороны бедер новые высыпания, изолированные и сливного характера, зудят. Бессонница на почве зуда.

1. VII. Самочувствие лучше. Температура—N. Краснота и отечность высыпаний держатся. Сон хороший. Зуд меньше. Введено вторично интрамускулярно N—serum лошади—20 см³.

2. VII. Сыпь бледнеет. Зуд значительно слабее, появляется пигментация.

4. VII. Отмечается новая мелкоточечная папулезная сыпь, в малом количестве, на внутренней поверхности бедер. Высыпания же на передней поверхности бедер светлее, отечность меньше, окраска кожи приближается к нормальной. Сон хороший, зуда нет. Общее состояние хорошее. Введено интрамускулярно 20 см³ N - serum лошади. (3-я инъекция).

5. VII. Место инъекции отечно, болезненно.

8. VII. Сыпь на грудных железах побледнела. Шея, грудь и живот совершенно очистились от высыпаний. На голених бурые пятна.

Вечером 9. VII был зуд, 10. VII, с утра совсем прошел. Значительное улучшение. Резкое побледнение сыпи, особенно на нижних конечностях. Отпущена домой в Аткарск.

Отдаленные результаты: Полное исчезновение заболевания в ближайшие дни по возвращении домой. Заболевание не возобновлялось. Роды нормальные, в срок (сообщение д-ра В. Г. Котельникова).

Терапия дерматозов беременности заключается, главным образом, в общей профилактике (уход за кожей, педантичное соблюдение правил личной гигиены), в обращении внимания на самые незначительные жалобы и на малейшие отклонения со стороны кожи во время беременности.

Ввиду того, что мы в данное время смотрим на дерматозы беременности, как на токсические процессы, обусловленные беременностью, и рассматриваем их не как изолированные процессы какого-либо отдельного органа, а как процессы общего характера, мы на этих принципах должны основывать и нашу терапию. По меткому выражению Scheuer'a, „изменения кожи являются таким же признаком беременности, как неукротимая рвота и эклампсия“. Следовательно, терапия наша должна стремиться воздействовать не на отдельный симптом и проявления заболевания, а на весь организм, в силу чего далеко не единичные авторы окончательно уже отказались от применения различного рода местных средств, как, например, мази, присыпки и т. п.

Применяемые большинством в данное время средства могут быть разбиты на следующие группы:

I) Органотерапия (оварин, тиреоидин, нитуитрин и т. п.).

II) Различные растворы—растворы Ringer'a, Lock'a, Fischer'a.

III) Различного рода сыворотки и, наконец, гемотерапия (аутогемотерапия и трансфузия крови).

Из всех этих средств наичаще применялись растворы Ringer'a и Ringer—Lock'a, нормальная лошадиная сыворотка и сыворотка здоровой беременной женщины.

Как показывают имеющиеся статистики, например, de la Pereira, Stützner'a и Селицкого, положительные результаты отмечены в 100% случаев. В статистике 76 случаев, леченных сывороткой, собранной Селицким, имеется 95,9% положительных результатов.

Наши два случая, в которых совершенно было исключено всякое местное лечение, позволяют прийти к тому заключению, что в нормальной лошадиной сыворотке мы действительно имеем хорошее средство, дающее возможность при сохранении беременности успешно бороться с дерматозами беременности. Нормальная лошадиная сыворотка в базовой консультации На-

учно-практического комбината ОММ применялась неоднократно с тем же неизменным успехом и при ряде других заболеваний, но их мы не касаемся, так как это явится предметом особого сообщения.

Опыт применения миарсенола при лечении сифилиса.

А. А. Студницын и В. В. Каралис.

(Москва).

Миарсенол, благодаря простоте своего применения, призван сыграть крупную роль в борьбе с сифилисом, особенно на селе, и в детской практике. Крупнейшее значение миарсенола было авторитетно признано IV Всесоюзным съездом по борьбе с венерическими и кожными болезнями.

Мы полагаем небесполезным поделиться нашим небольшим опытом по применению миарсенола.

Нами был получен из Объединенного венерологич. института им. В. М. Броннера миарсенол советского производства, который был применен нами для лечения сифилиса в условиях поликлиники. В нашу задачу входило проследить терапевтическое действие миарсенола и его переносимость больными как местную, так и общую. Всего под нашим наблюдением находился 91 больной, произведено 896 инъекций миарсенола; 10 больных, по некоторым обстоятельствам, не окончили полного курса лечения; остальным больным (81 ч.) было проведено 113 курсов специфического комбинированного лечения.

Среди них было мужчин 48, женщин—33. Возраст больных: до 20 лет—1 чел.; от 20 до 30 лет—56 чел.; от 30 до 40 лет—16 чел.; от 40 до 50—8 чел.

В виду того, что больные с активными формами сифилиса изолировались и госпитализировались в стационар, нам пришлось иметь дело с больными, страдавшими преимущественно латентными формами сифилиса. По диагнозам больные распределялись так: сифилис I серопозитивный—1 чел.; сифилис II рецидивный—1 чел.; сифилис II скрытый—43 чел.; сифилис III активный—5 чел.; сифилис III скрытый—26 чел., *Lues ignorata*—4 чел.; невролюес—1 чел. Давность инфекции: до 1 г.—25 чел.; до 2 л.—16 чел.; до 3 л.—1 чел.; до 4 л.—1 чел., свыше 4 лет—29 чел. Давность инфекции неизвестна у 9 чел. 69 чел. до лечения миарсенолом подвергались комбинированному специфическому лечению ртутными, висмутовыми препаратами и новарсенолом: 12 чел. не лечились совсем. Мы проводили нашим больным комбинированное лечение: миарсенол + биохинол—58